



**MENINGITIS MENINGOCÓCICA B  
EN UN NIÑO DE 2 AÑOS  
DE EDAD EDAD**

 Laura Chacón Chacón\*  
Antonio Alexis Mena Gomariz\*\*

\* Graduada en Enfermería.  
EIR en enfermería pediátrica en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

\*\* Graduado en Enfermería.  
EIR en enfermería pediátrica en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Formación Alcalá



## HISTORIA CLÍNICA

### Anamnesis

Niño de 20 meses de edad trasladada por el 061 por shock séptico. Presenta fiebre de pocas horas de evolución con decaimiento general y aparición de petequias que han ido en aumento hasta formar lesiones equimóticas muy extensas. Antecedentes personales sin interés. NAMC.

### Exploración

Lesiones equimóticas muy extensas con aspecto de isquemia severa que afectan de forma completa a ambas piernas, siendo más severa en la zona distal, y zonas parcheadas en brazos y tronco. Muy mal estado general y muy mala perfusión periférica. No se palpan pulsos distales. TA: 65/28. Intubado y conectado a ventilación mecánica. SpO<sub>2</sub> 100%. Pupilas reactivas y mióticas.

### Pruebas complementarias

- *Analíticas:* Rx abdomen; Rx tórax; Rx miembros inferiores. Ecografía abdominal.

## PLAN DE CUIDADOS

### Valoración inicial

<b>Respiración</b>	FR: 31 rpm; Saturación: 98% FC: 122 lpm; TA: 95/48 No presencia de tos, secreciones, cianosis ni distrés. No respiración superficial
<b>Alimentación</b>	Peso: 11 kg; Talla:74 cm. Alimentación oral. Capacidad para alimentarse adecuada a su edad de desarrollo.

## Meningitis meningocócica B en un niño de 2 años de edad

<b>Eliminación</b>	Diuresis normal. Uso de pañal. Deposiciones diarias: 2 formadas. Capacidad para el uso del WC adecuada a su edad de desarrollo.
<b>Movilización</b>	Alteración en la movilidad debido a la amputación de ambas piernas a nivel de tercio distal de fémur. Situación actual del paciente: no deambulante. Sólo paseos en carro. Buena movilidad en la cama. Actualmente acude a fisioterapia. Necesita la ayuda de una persona y/o dispositivos para movilizarse.
<b>Reposo/sueño</b>	Patrón de sueño nocturno. Nº de horas de sueño diarias: 10.
<b>Vestirse/desvestirse</b>	Capacidad adecuada a su edad de desarrollo.
<b>Termorregulación</b>	Tª axilar: 36,5°C.
<b>Higiene</b>	Capacidad para asearse adecuada a su edad de desarrollo. Estado de la piel: desnutrida, deshidratada. Presencia de úlceras en la parte distal de las piernas (muñones). Presencia de puntos reabsorbibles en el abdomen. Heridas en la espalda debido a los injertos de piel. Presencia de injertos de piel en ambas piernas.
<b>Seguridad</b>	Presencia de dolor agudo, sobretodo en el momento de las curas. NAMC. No intolerancias alimentarias. Existe riesgo de infección debido a las heridas. Necesidad de barandillas.
<b>Comunicación</b>	El niño se encuentra nervioso e inquieto. Lenguaje adecuado al nivel de desarrollo. Se remite a la trabajadora social.
<b>Creencias y valores</b>	La familia se declara católica y practicante.
<b>Trabajar/realizarse</b>	Nº hermanos: 0 Vive con sus padres.
<b>Ocio</b>	Sus preferencias de ocio son televisión, Tablet, y libros.
<b>Aprendizaje</b>	La madre demanda más información sobre cuidados y secuelas.

Diagnóstico	Factores de riesgo	NOC	NIC
Riesgo de infección	- Alteración en las defensas primarias (roturas de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo)	1103: Curación de la herida: por segunda intención. 1807: Conocimiento: control de la infección.	3660: Cuidados de las heridas. 6540: control de infecciones.
Deterioro de la integridad cutánea	- Alteración de la circulación. - Deshidratación.	1101: Integridad tisular. 1103: Curación de la herida: por segunda intención.	3420: Cuidados del paciente amputado. 3583: Cuidados de la piel: zona del injerto. 3660: Cuidados de las heridas.
Cansancio del rol del cuidador	- Falta de soporte. - Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidado.	1302: Afrontamiento de problemas. 1501: Ejecución del rol.	7040: Apoyo al cuidador principal. 7140: Apoyo a la familia.
Deterioro de la movilidad física	- Deterioro musculoesquelético.	0204: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 0216: Movimiento articular: cadera.	0200: Fomento del ejercicio. 0224: Terapia de ejercicios: movilidad articular.
Riesgo de caídas	- Deterioro de la movilidad física.	0208: Movilidad. 1912: Caídas.	6490: Prevención de caídas.

NOC:	Valor diana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	Al alta
1103: Curación de la herida: por segunda intención.					
- 110111 Perfusión tisular.	1	3	3	2	1
- 110115 Lesiones cutáneas.	1	4	4	3	2
1807: Conocimiento: control de la infección.					
- 180704 Descripción de los signos y síntomas.	5	3	3	4	5
1101: Integridad tisular.					
- 110104 Hidratación.	5	1	2	3	4
- 110107 Coloración.	5	2	3	3	4
0204: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas					
- 020416 Articulaciones anquilosadas	1	3	3	2	2
0216: Movimiento articular: cadera.					
- 021605 Abducción de 45º (I)	2	4	4	3	3
- 021613 Abducción de 45º (D)	2	4	4	3	3
0208: Movilidad.					
- 020802 Mantenimiento de la posición corporal.	2	5	4	4	3
1912: Caídas.					
- 191203 Nº caídas sentado	1	2	2	1	1

NIC	Al ingreso	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	Al alta.
3660: Cuidados de las heridas.					
- 3660,27: Realizar cura específica según protocolo.	✓	✓	✓	✓	✓
6540: Control de infecciones.					
- 6540,35: Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.	✓	✓	✓	✓	✓
3420: Cuidados del paciente amputado.					
	✓	✓	✓	✓	✓
3583: Cuidados de la piel: zona del injerto.					
	✓	✓	✓	✓	✓
3660: Cuidados de las heridas.					
	✓	✓	✓	✓	✓
0200: Fomento del ejercicio.	X	X	✓	✓	✓
0224: Terapia de ejercicios: movilidad articular.					
- 0224,09: Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.	✓	✓	✓	✓	✓
2210: Administración de analgésicos.					
	✓	✓	✓	X	X
6490: Prevención de caídas.					
- 6490,17: Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.	✓	✓	✓	✓	✓

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### Juicio clínico

- Sepsis meningocócica serogrupo B.
- Amputación de MMII bilaterales hasta nivel de fémur distal.

## EVOLUCIÓN

Tras la exploración se decide su ingreso en UCIP donde permanece casi tres meses en los que estabiliza al paciente a todos los niveles y se llevan a cabo múltiples intervenciones quirúrgicas donde se decide la amputación a nivel de fémur distal de ambas piernas. Se realizan implantes de dermis artificial y posteriores injertos extraídos de la zona de la espalda, en piernas completa. Al alta de UCIP, solamente presenta una pequeña escara sin cerrar en ambos muñones.

Una vez estabilizado se decide su ingreso en planta, siendo su *evolución* la siguiente: Permanece ingresado en planta durante 5 semanas con un buen estado general, donde se realizan curas de injertos en quirófano y en planta según la evolución. Se va retirando medicación y antibioticoterapia profiláctica. Propanolol en retirada. Presencia de picores por lo que se pauta dexclorfeniramina si precisa. Terapia rehabilitadora de lunes a viernes. Precisa aislamiento social.

## DISCUSIÓN

Para poder entender este caso clínico es necesario aclarar que se desarrolla durante el ingreso del paciente en la planta de hospitalización, si bien es necesario conocer brevemente la evolución en UCIP para poder tener una visión global del paciente. Este caso clínico es un caso complicado en cuanto a que los posibles diagnósticos de enfermería son múltiples y dada la brevedad técnica que se exige para el desarrollo del mismo, los autores se han visto obligados a detallar únicamente los diagnósticos de más relevancia. Son muy pocos los casos clínicos publicados en la bibliografía que aborden la EM del serogrupo B, es por ello que en esta discusión voy a explicar el porqué de la elección de los distintos diagnósticos. El diagnóstico *Deterioro de la integridad cutánea* es evidente dadas las múltiples intervenciones realizadas en el paciente para la amputación de los miembros así como el uso de

injertos y las consecuencias que ambas situaciones conllevan. Esta misma explicación es válida para justificar el uso de la etiqueta diagnóstica *Riesgo de infección*, ya que cualquier pérdida de la integridad cutánea supone un riesgo de infección para el paciente, más aún en este caso donde las heridas son extensas y en algún caso aún presentan cierta profundidad. Como es obvio la amputación también es responsable del deterioro de la movilidad física, ya que aunque la movilidad del paciente en cama es bastante buena, la deambulación está seriamente afectada. Para la valoración del riesgo de caídas se ha utilizado la escala de JH downton<sup>1</sup> por existir varios estudios que validan la utilización de esta escala en el paciente pediátrico en comparación con otras escalas como la de Humpty-Dumpty. La puntuación obtenida en esta escala demostró que existía un riesgo alto de caídas y es por ello que se incluye el diagnóstico en el plan de cuidados. En cuanto al cansancio del rol del cuidador es un diagnóstico que los autores consideran muy importante en este caso debido a la cantidad de cuidados que de ahora en adelante va a demandar el paciente, para poder valorarlo se utilizó la escala de Zarit<sup>2</sup> obteniéndose una puntuación que evidenciaba una sobrecarga intensa para la cuidadora principal que en este caso era la madre. Sin más, animamos a que se siga investigado acerca de esta enfermedad para poder avanzar en el cuidado hacia estos pacientes y sus familias.

## JUSTIFICACIÓN

Con la comercialización en España de la vacuna frente al meningococo B, la enfermedad meningocócica (EM) es una de las enfermedades que más está dando de qué hablar últimamente. Su elevado precio hace que sea de difícil acceso para muchas familias dada la situación económica actual de nuestro país. La EM continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, afectando principalmente a niños y adolescentes.<sup>3</sup> En concreto, España presenta una incidencia de EM por el serogrupo B discretamente superior a la media europea.<sup>4</sup> El número total de casos declarados de enfermedad meningocócica a la RENAVE durante la temporada 2012-2013 fue de 348 entre los que 193 (71,2%) de los casos confirmados se debieron al serogrupo B (tasa de 0,37 casos por 100.000 habitantes).<sup>5</sup> En medio de toda esta controversia aparece un niño de dos años en la planta de hospitalización de cirugía que acaba de sufrir esta patología con tan graves consecuencias, una enfermedad de actualidad, con una elevada morbilidad y de la que no toda la población pediátrica puede protegerse, es por eso que elegimos este caso clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrientos-Sanchez J, Hernández-Cantoral A, Hernández-Zavala M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Enfermería universitaria* 2013; 10(4): 114-119.
2. Montero Pardo X et al. Escala de carga del cuidador de zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología* 2014; 1 (11): 71-85.
3. Garrido P, Prat A, DomÍnguez A. Enfermedad meningocócica en España (1940-2012). Tendencias de la incidencia y evolución de los serogrupos antes y después de las campañas de vacunación. *Vacunas*. 2014; 14 (4).
4. European Centre Disease Control and Prevention (ECDC). Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe, 2011 [consultado 2 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/invasive-bacterial-diseases-surveillance-2011.pdf>
5. Garrido M, Marguiña M, Cano R. Enfermedad meningocócica en España. Análisis de la temporada 2012-2013. *Red Nacional Vigilancia Epidemiológica*. 2014.

